

Через 3 дні, переконавшись у відсутності ознак ендодфальміту, проведена планова операція – факоаспірація травматичної катаракти з синехіотомією та внутрішньокапсульною імплантацією моноблочної гідрофобної ІОЛ. Особливості операції: роз'єднання задніх синехій, які утворилися по краю зіниці з краєм розірваної передньої капсули Viscoat та мікрошпателем. Зіниця розширена іридоретракторами через додаткові лімбальні парацентези. Факоаспірація мутних кришталікових мас через розрив в передній капсулі. Задня капсула ціла. Імплантована ІОЛ Acrysof з використанням картриджу та центрована по відношенню до зіниці. Додатковий капсулорексис з видаленням передньої капсули в зоні зіниці. Герметизація операційного розрізу та парацентезів. У післяопераційному періоді мала місце виражена запальна реакція у вигляді формування ексудативної плівки на поверхні ІОЛ та задніх синехій на протязі пошкодженої райдужної оболонки. В результаті розсмоктувальної та протизапальної терапії, масажу зіниці вдалося усунути ексудативну реакцію. При виписці: око спокійне. Рогівка прозора, на 10 годин рогівкові шви без перифокального набряку. Посттравматична периферична колобома райдужки на 930г з частковою атрофією. Псевдофакія, ІОЛ у капсульному мішку. Зіниця майже правильно форми, в центрі. На очному дні вогнищевої патології не виявлено. Visus збільшився до 0,4. Через 1 місяць при повторному огляді гострота зору відновилася до 1,0.

Висновки. Проникаюче поранення очного яблука чаплею-випь є унікальним і рідкісним випадком, характерним для якого є особлива анатомічна форма дзьоба птиці – велика довжина та вигнутий вигляд, що обумовлює поліструктурний характер нанесеної рани з пошкодженням всіх оболонок переднього відділу ока. Своєчасне виконання первинної хірургічної обробки з відновленням цілісності оболонок ока, антибактеріальною та протизапальною терапією, подальшою реконструктивною факоаспірацією травматичної катаракти з одномоментною імплантацією ІОЛ дозволяють успішно впоратися з тяжкою травмою та досягти високих функціональних результатів.

ДИТЯЧІ УВЕЇТИ — ПЕРЕЗАВАНТАЖЕННЯ

Зборовська О. В.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»; Одеса, Україна

Педіатричні увеїти складають 2–20% всіх увеїтів. Серед дітей захворюваність на увеїти складає 4,3–14, розповсюдженість 27.91–106 на 100,000.

Віковий розподіл наступний:

- 3.15 на 100,000 для дітей 0 - 5 років
- 6.06 на 100,000 для дітей 11 – 15.

Частіше хворіють дівчатка (у них частіше біокулярне ураження), більшість випадків — хронічні (53.7-85%).

Етіологія дитячих увеїтів переважно неінфекційна. Більшість випадків увеїтів неінфекційні — 67,2–93,8%, з них переважна більшість – ЮІА 9,3–47,9%. Серед інфекційних – більшість випадків це ТОХО 1,6–15,2% (Study in Colombia reported 58.4%), на другому місці — Тохосариоз. Вірусні збудники (herpes virus family, adenovirus, rubella) складають лише 0,7–7,6% випадків. ТБ етіологія увеїтів переважає в розвиваючихся країнах 1,6–14,9%, Poststreptococcal увеїти діагностуються в Європі в 2,5–10,6% випадків. За даними деяких авторів ідіопатичні увеїти можуть складати 12-60% (40-50%) всіх увеїтів.

ТОХОСАРИОЗ. Tran описав картину pseudocystic transformation периферичних відділів СТ за даними УЗД. Обов'язково треба визначити рівень специфічних антитіл в сироватці крові. Доцільно визначити рівень специфічних антитіл в ВОР. Діагностично значимим є визначення Witmer-Desmouts коефіцієнту. Цитологічне дослідження ВОР проводиться при диференційній діагностиці з ретинобластомою – наявність еозинофілів в пробі. В лікуванні цих пацієнтів основним є звичайно протипаразитарна терапія, можуть застосовуватись парабутьбарні та таблетовані ГКС. Треба пам'ятати, що застосування специфічної терапії (thiabendazole/diethylcarbamazepine) може підсилити запальний процес. Вітректомія також може бути застосована в лікувальному процесі.

Асоційовані з вірусною етіологією увеїти у дітей зустрічаються дуже рідко. До них відносять Acute retinal necrosis (ARN) syndrome. Лікування проводиться шляхом в/венного асукловір (1,500 mg/m2 поверхні тіла – поділяється на 3 дози протягом 10–14 днів). Таблетовані ГКС (метілпреднізолон, преднізолон) 1 mg/kg/день – можливо призначати не раніше ніж через 24-48 годин після специфічної терапії для лікування активного вітриту. Множинні ретинальні розриви та комбіноване тракційно-регматогенне ВСО є типовими ускладненнями гострого некрозу сітківки. В таких випадках виконується вітректомія з тампонадою силіконом.

Poststreptococcal увеїти зустрічаються рідко. Вони розвиваються через 1-3 тижні після стрептококкової інфекції. Частіше вони є білатеральні, передні, може бути середня ступінь запалення в СТ, периваскулярне «протікання». Для цих увеїтів характерна позитивна реакція на топічні ГКС.

Діагностичні лабораторні аналізи - АСЛО тест, висівання стрептококку з ротової порожнини/носа. Подібна картина зустрічається при увеїтах, викликаних *Yersinia pestis*. До того ж додається гарячка, біль в животі та діарея. Дебютує через 1тиждень-3 місяці після системного інфекційного епізоду. Може додаватися артрит як прояв аутоімунного компоненту. Увеїт та артрит не розвиваються у дітей молодше 10 років.

Туберкульоз очей описаний у дітей молодше 1 року. Він може симулювати ретинобластому. Клінічні форми різноманітні: передній увеїт, панувеїт, увеїт асоційований з інфільтратом рогівки та масами в передній камері, ретиноваскуліт. Schlaegel and O'Connor запропонували у дітей з позитивною пробєю Манту (PPD test) + увеїт, при наявності змін в легенях, для диференціювання з будь-якою іншою системною інфекцією, призначення ізоніазиду на 2 тижні в терапевтичному дозуванні (Schlaegel test).

Сифіліс може викликати увеїт у дітей від народження. Характерним є увеїт, інтерстиціальний кератит, хоріоретиніт (зустрічається частіше), запалення ЗН, глаукома, вроджена катаракта. На початкових стадіях – кон'юнктивіт частіше за все. Діагностика – серологічна (титри антитіл).

Хвороба Лайма (ураження очей) у дітей дуже подібна до сифілітичного ураження. Syphilis/Lyme uveitis розцінюються як ураження ЦНС, тому застосовуються відповідні дозування антибіотиків в їх лікуванні.

Ювенільний ідіопатичний артрит.

Фактори ризику залучення очей

- жіноча стать,
- олігоартикулярний артрит,
- молодий вік маніфестації артрити,
- серопозитивність за антинуклеарними антитілами (ANA) та серонегативність за ревмофактором.

Спонділоартропатії з початком у неповнолітньому віці. Розповсюдженість 1,44 на 100 000. Відноситься до групи захворювань асоційованих з HLA-B27, пов'язаних із запальними розладами, що вражають дітей у віці до 16 років, викликаючи безліч клінічних симптомів у зрілому віці. Ентезопатії та артропатії характерні для дитячого віку. Серонегативність за ревмофактором та позитивні результати ANA є лабораторними ознаками. Характерна маніфестація з недиференційованої форми, що диференціюється з плином часу. Синдром серонегативних ентезо- та артропатій (SEA syndrome); ювенільний дебют анкілозуючого спондиліту, анкілозуючий тарзіт, артропатії асоційовані із запальними захворюваннями кишківника,

ювенільний дебют псоріатичного артриту це все прояви цієї групи захворювань.

HLA-B27 асоційовані увеїти, увеїти асоційовані з СПА. Розвиваються в молодому віці, частіше у чоловіків. Рецидивуючий перебіг, з переважно частим розвитком загострень. Фібринозний ексудат в вигляді плівок чи передзіничних мембран. Швидке формування широких, стійких задніх сінехій по зіничному краю. Наявність псевдогіпопіону. Відсутність сальних преципітатів. Протягом тривалого часу може бути єдиною клінічною ознакою системного захворювання.

Sarcoidosis. У дітей молодше 5 років – мімікрією під ЮІА (ураження суглобів та шкіри). Ураження легенів у дітей зустрічається рідко. У дітей старше 5 років перебіг захворювання як у дорослих. Є чіткий взаємозв'язок з етнічною приналежністю. Характерним є гранульоматозний хронічний передній увеїт (вузлики Busacca чи Коерпе). Середній увеїт – значне запалення СТ, “snowballs”, ексудат в ділянці пласкої частини ЦТ чи фіброз. Задній увеїт (чи залучення структур очного дна при панувеїти) – множинні хоріоїдальні гранульоми. При гістологічному дослідженні визначаються неказеозні гранульоми. Можливе проведення біопсії шкіри в місцях висипу (у дітей молодшого віку), біопсія сльозової залози, біопсії типових вузликів в кон'юнктиві.

Pars Planitis. Згідно класифікаційних критеріїв Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) для нього характерними є: середній увеїт з «snowbank» чи «snowball», виключені інфекції, виключені системні захворювання. В той же час наявність «vitreous cells» при біомікроскопії sine qua non саме це захворювання. Діти скаржаться на «мушки», плаваючі змутніння. До ускладнень відносять: катаракту, кістозний макулярний набряк, вторинну глаукому, крововиливи в СТ, відшарування сітківки. В лікуванні може застосовуватись криодеструкція ЦТ в крайніх випадках.

Диференційний діагноз увеїтів визначається віком, анатомічною локалізацією, характером преципітатів на рогівці, асоційованими симптомами. Анамнез життя та анамнез захворювань, в тому числі родинний, має велике значення. Важливо також фізикальне обстеження. “Funny walk” може бути проявом недіагностованого ураження колінних суглобів при ЮІА.

Лікування дитячих увеїтів.

НПЗП показали низьку ефективність. Побічні ефекти: ураження ШКТ, нефротоксичність, висипка на шкірі, реакція з боку ЦНС.

Дотримання вимог до лікування залежить від надійного вихователя(ів) для регулярного введення місцевих ліків. Застосування очних крапель лімітовано у дітей молодшого віку та дітей молодшого віку. Застосування місцевих та парабульбарних ГКС сполучене з високим ризиком очних ускладнень у дітей (катаракта, глаукома і навіть емболія сітківки та судинної оболонки). У дітей переважно застосовуються системні ГКС короткими курсами (менше трьох місяців).

Стандартні ускладнення ГКС - ендокринні (збільшення ваги, пригнічення надниркових залоз, гіпертонія, гіперглікемія), шлунково-кишкові (виразкова хвороба, кандидоз) та дерматологічні (гірсутизм, стрий, тендітна шкіра та погане загоєння ран) зміни, а також психоз та передчасний остеопороз, затримка росту через передчасне закриття епіфізарних пластинок.

Частіше за все у дітей системно застосовуються цитостатики. Метотрексат є препаратом вибору. Беззаперечним препаратом вибору є біологічна терапія – але її широке застосування лімітовано економічними причинами.

Лікування ускладнень.

Катаракта. Оперативне лікування рекомендовано проводити при досягненні ремісія протягом щонайменше 3 місяців до операції. Можливо проведення агресивних курсів до- та післяопераційних місцевих та системних ГКС. ЮЛ не рекомендується імплантувати дітям молодше 2 років.

Офтальмогіпертензія та глаукома є ускладненнями у 25% пацієнтів. Слід пам'ятати, що адренергічні агоністи та похідні простагландинів підсилюють запалення. Операції з шунтування більш ефективні ніж трабекулектомія, але в той самий час після трабекулектомії рівень післяопераційного запалення менше. Разом з тим ефективність обох видів оперативного втручання залежить від контролю запалення.

Стрічкоподібна дистрофія рогівки зустрічається у 10-40% пацієнтів, частіше у дітей віком до 8 років. Зміни рН слізної плівки також можуть повторно викликати розвиток стрічкоподібної кератопатії. Фосфати часто використовуються як буфер в деяких зволожуючих краплях, тому їх не треба призначати дітям з увеїтами. Слід уникати застосування у таких дітей тимололу та латанопросту. Лікування – хелатуючі агенти або поверхнева фототерапевтична кератектомія.

Не керуйтеся в веденні дітей з увеїтами наступними міфами:
«Дитина переросте»; «Це ж дитина, тому не потрібне системне лікування»; «Обійдемося краплями»; «Навіщо консультація ревматолога, якщо ревмопроби в межах норми».